

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2021

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA DURANTE
L'ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO:
DALL'AMBULATORIO ALLA SALA DI CARDIOLOGIA
INTERVENTISTICA**

Candidato Elisa Buscaglia

Relatore Prof Marco Scaglione

SOMMARIO

RINGRAZIAMENTI

Capitolo 1 INTRODUZIONE

Capitolo 2 ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO

Capitolo 3 SCOPO DEL LAVORO

Capitolo 4 MATERIALI E METODO

Capitolo 5 RISULTATI

BIBLIOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare i docenti del C.I.I.C.S. per aver condiviso le loro conoscenze, ciò mi ha permesso di allargare i miei orizzonti e il mio bagaglio culturale nell'ambito dell' ipnosi.

Un particolare ringraziamento al Dott. Luca Bacino grazie al quale ho intrapreso questo nuovo cammino, che ha condiviso le sue esperienze dandomi preziosi consigli.

Ho poi ritrovato il Prof. Marco Scaglione, che ringrazio per avermi fatto apprezzare le varie sfaccettature dell'aritmologia ai tempi della Specialità di Cardiologia, ed ora per aver dedicato parte del suo tempo nell' aiutarmi con grande pazienza nei primi passi di questo nuovo percorso.

Capitolo 1

INTRODUZIONE

Nel 2019 ebbi la mia prima esperienza nel mondo dell'ipnosi, in quanto feci da "paziente" al mio collega, il Dott. Bacino, che stava frequentando il corso di formazione di ipnosi clinica c/o l'istituto F. Granone. Ne fui subito affascinata e la curiosità che ne conseguì, mi portò a chiedermi prima di tutto di cosa esattamente si trattasse.

Andando a ricercare notai da subito come le notizie sull'argomento sono per lo più inesatte, a causa di una scorretta informazione e dei molti preconcetti. La prima cosa che trae in inganno è il nome stesso Ipnos, sonno, in quanto le prime ipnosi venivano fatte con gli occhi chiusi, condizione che ora sappiamo non essere necessaria.

Ebbene l'ipnosi non è sonno, non è naturalmente magia e nemmeno parapsicologia, non è dovuta a vari fluidi o a strani poteri. Non è succubanza di volontà nè suggestione, infatti il paziente riferisce solo quello che vuole riferire, e c'è sempre una parte vigile della coscienza. Non è possibile far compiere al paziente atti non conformi alla propria morale e al suo super-io.

Secondo la definizione fornita da Granone nel 1962, per *ipnosi* si intende "uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo dei monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente".

Ad esempio quando abbiamo fame lo stimolo agisce a livello razionale che ci spinge alla ricerca di cibo sia a livello immaginativo creando immagini di cibi che preferiamo, che fisico come l'acquolina in bocca e la produzione di succhi gastrici.

Ciò che sta alla base di questi fenomeni è la potenza dell'immagine che diventa talmente potente da sembrare reale, divenendo pertanto plastica, cioè capace di produrre stimoli psichici e fisici.

Nella mente coesistono due condizioni: quella logica e della critica insieme a quella dell'immaginazione; perché l'immagine diventi reale deve ridursi la parte critica dell'attività mentale.

In altre parole il *monoideismo plastico* che si crea sottrae risorse alla mente logica e al fisico, infatti durante l'ipnosi si riducono la capacità di critica e si rallenta ogni attività fisica. Queste due modifiche insieme contribuiscono alla condizione ipnotica che è necessario imparare a riconoscere per sapere se l'ipnosi è stata ottenuta.

Della definizione di Granone è importante sottolineare anche il suffisso mono-; la selezione delle immagini è fondamentale perché tra le tante la potenza immaginativa si concentri sulla migliore.

Altro concetto molto importante che è compreso nel monoideismo plastico è quello del controllo. Abbiamo appena descritto come la condizione necessaria per la realizzazione dell'immagine sia il mancato ostacolo da parte della logica e critica della mente. Le immagini diventano talmente potenti da sembrare reali in due occasioni: quando il bisogno, il desiderio, l'aspettativa sono fortissimi, oppure quando perdiamo il controllo.

L'intuizione di Granone è stata quella di chiarire come questo meccanismo spontaneo sia il principale meccanismo dell' *induzione ipnotica*.

Le sue parole "Si intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche, e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi con l'ipnotizzatore." Tale concetto permea tutta l'opera e il pensiero di Franco Granone e il monoideismo plastico è l'architrave sulla quale poggia tutto il pensiero dell'ipnosi moderna così come lo conosciamo.

E' pertanto impossibile disgiungere il monoideismo plastico dallo stato ipnotico, quindi l'ipnosi è monoideismo plastico e senza monoideismo plastico non c'è ipnosi.

Come si genera il monoideismo plastico?

Può essere ottenuto da una procedura composta sempre dalla stessa sequenza:

- 1° covare la fiducia del soggetto in modo da abbassare la sua capacità critica
- 2° aiutarlo a costruire un'immagine del fenomeno che vogliamo ottenere
- 3° rendere evidente il fenomeno al soggetto.

Il monoideismo plastico può essere prodotto con le parole, talvolta quando concesso con il contatto fisico, evocando immagini: queste procedure sono le tecniche di induzione. Gli effetti che ne derivano rappresentano il sistema ottimale per dimostrare al soggetto che qualcosa è cambiato e ottenere quindi quella fiducia indispensabile per la relazione di aiuto.

Il monoideismo plastico sta alla base di tutte le applicazioni che nell'ipnosi si hanno in campo medico e Chirurgico; può essere espresso con una potenza variabile a seconda della circostanza nella quale ci si trova e soprattutto a seconda del soggetto.

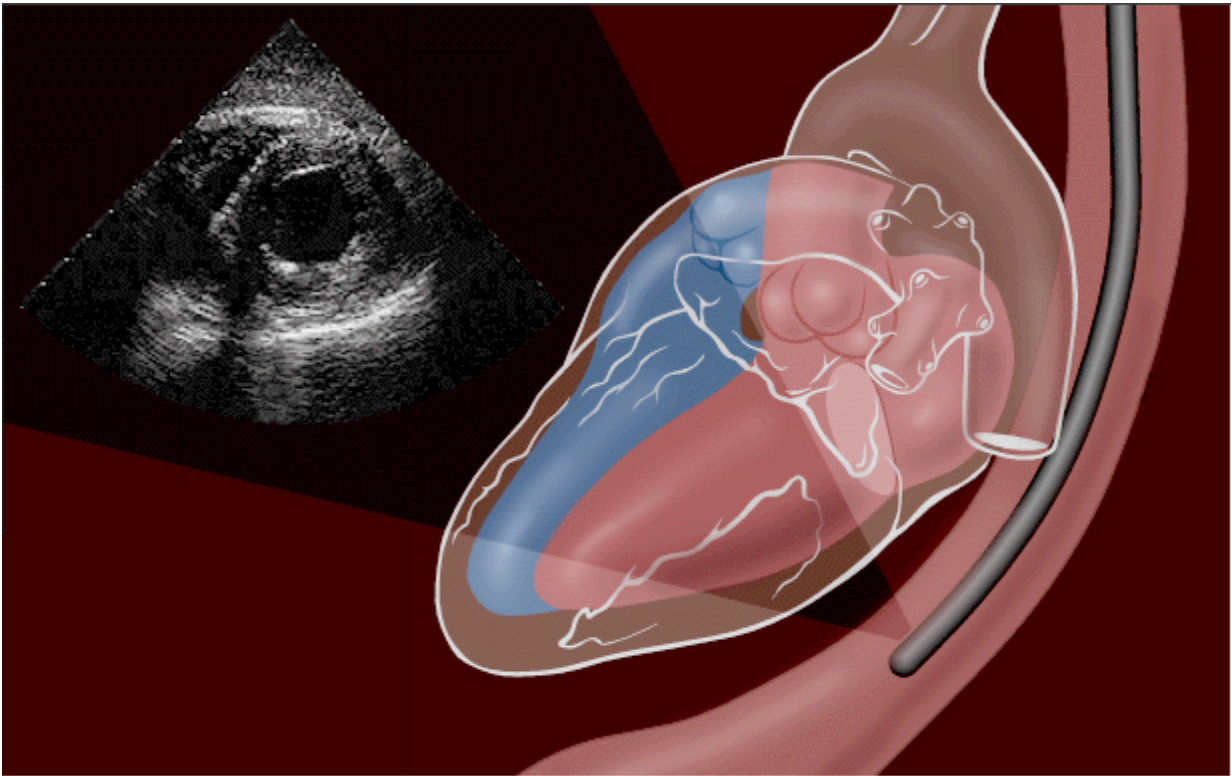
Può verificarsi spontaneamente nella vita di tutti i giorni o in seguito a particolari situazioni, come la monotonia, un trauma o una diversa causa di dissociazione, ma risulta più intensa e plastica quando prodotta dal rapporto con un ipnotizzatore esperto in un contesto clinico o sperimentale.

Capitolo 2

ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFOGEO

La prima applicazione clinica dell'ecocardiografia transesofagea (ETE) fu effettuata nel 1976 da Frazin et al., utilizzando un sector scanner meccanico con tubo semirigido, al fine di ottenere un miglioramento della qualità delle immagini cardiache nei pazienti con alta impedenza acustica toracica.

L'ecocardiogramma transesofageo è una metodica che utilizza gli ultrasuoni prodotti da una sonda posta nell'esofago per eseguire uno studio morfologico e funzionale del cuore. Viene richiesto in tutti quei casi in cui l'ecocardiogramma transtoracico non risulta dirimente nel risolvere un quesito diagnostico. Ciò può accadere per la presenza di una finestra acustica transtoracica di scadente qualità (ad esempio nei pazienti enfisematosi) o in caso di presenza di strutture metalliche artificiali (si pensi alle protesi valvolari meccaniche) che creano riverberi ed artefatti di immagine. In questi casi può essere necessario ricorrere ad un diverso punto di esplorazione adoperando una sonda ecocardiografica che visualizzi le strutture cardiache posteriormente attraverso l'esofago.



L'ecocardiogramma transesofageo è molto simile dal punto di vista tecnico ad una gastroscopia. Viene eseguito attraverso l'uso di una sonda (trasduttore) applicata ad un gastroscopio modificato e collegata ad un ecografo.

Con questa metodica, quindi, il paziente deve sopportare il disagio dell'introduzione della sonda ecocardiografica attraverso l'orofaringe e della permanenza della stessa nell'esofago per alcuni minuti.

Per eseguire l'ecocardiogramma transesofageo è necessario essere digiuni preferibilmente da 6 ore prima.

Le medicine possono essere assunte bevendo solo la quantità di acqua necessaria per deglutire i farmaci.

Il paziente si sistema sul lettino sul fianco sinistro con il busto ed il collo leggermente flessi come per guardarsi le gambe.

Vengono rimosse eventuali protesi dentarie, viene collegato al paziente un monitoraggio elettrocardiografico continuo e viene applicato un accesso venoso periferico per somministrare farmaci in caso di necessità.

Dopo aver inserito tra i denti un boccaglio per non danneggiare la sonda, si procede nell'avanzare delicatamente la sonda stessa attraverso l'orofaringe chiedendo al paziente collaborazione nell'atto di deglutizione. Per quanto possa essere fastidiosa questa manovra, al punto da poter evocare il riflesso del vomito o della tosse, il paziente deve essere informato che la funzione respiratoria non sarà mai compromessa visto che per l'esecuzione dell'esame viene adoperato solo il canale digerente.

Solitamente per rendere meno fastidioso l'esame si esegue un'anestesia locale dell'orofaringe con un anestetico locale (lidocaina) sotto forma di spray o, in taluni casi, può essere necessaria la somministrazione di un ansiolitico o di un antispastico per via endovenosa. La durata dell'esame dipende dal quesito diagnostico e soprattutto dalla collaborazione del paziente. Durante l'esecuzione dell'esame vengono continuamente monitorati la frequenza cardiaca e l'ECG e al bisogno la pressione arteriosa e la saturazione di ossigeno. In caso di intolleranza del paziente ed incapacità di adattarsi alla sonda, l'esame viene immediatamente interrotto.

Al termine dell'esame, qualora sia stato necessario somministrare un sedativo è consigliabile aspettare almeno 30 minuti prima di lasciare l'ospedale ed evitare di mettersi subito alla guida. E' possibile un'irritazione della gola, sia per l'effetto meccanico del passaggio della sonda che per l'azione dell'anestetico locale, per cui non è consigliabile bere o mangiare per 2-3 ore dal termine dell'esame.

L'ecocardiogramma transesofageo è un esame invasivo perché prevede l'introduzione di una sonda ecocardiografica attraverso la prima parte del canale digerente. I rischi legati all'esame sono generalmente molto bassi. Si tratta per lo più di induzione di aritmie cardiache che solo raramente richiedono un trattamento farmacologico. Esiste però una rarissima possibilità (2-3 casi ogni mille esami) che la sonda possa danneggiare la mucosa esofagea durante il suo passaggio.

Prima dell'esame è importante che il paziente riferisca della presenza di gravi infezioni, malattie del fegato (soprattutto se associate a varici esofagee), disturbi gastrici, difficoltà ad ingerire cibi solidi o liquidi, allergie ai farmaci adoperati per la preparazione.

Tale metodica è comunque da ritenersi complessivamente sicura. Di fatto l'utilità delle informazioni che si possono ottenere giustifica ampiamente i disturbi che il paziente deve sopportare ed il minimo rischio di complicazioni insite nella metodica. Per tutto quanto detto, è necessario che il paziente venga ampiamente informato di come si svolge tecnicamente l'esame e per quale motivo risulta necessaria la sua esecuzione. E' indispensabile che venga firmato il consenso informato sull'apposito modulo.

Preparazione del paziente

- Digiuno per un minimo di 4 h, meglio 6 h.
- Acquisizione consenso informato
- Monitoraggio ECG, PA, SatO² durante esame
- Anestesia locale: Xilocaina® spray
- Sedazione:: Midazolam, con antidoto successivo (Anexate)
- Posizione del paziente: decubito laterale sinistro

Indicazioni cliniche primarie

- **Endocardite infettiva** (in presenza di elevato sospetto clinico; per visualizzare vegetazioni e/o ascessi)
- **Disfunzione di valvola protesica** (nel sospetto di rigurgito periprotetico, trombo, pannus)
- **Sorgenti cardioemboliche** (nell'iter diagnostico dell'ictus cardioembolico e criptogenetico e nelle embolie arteriose periferiche. Ricerca di trombi dell'Asin, aterosclerosi dell'arco aortico, DIA, PFO)
- **Fibrillazione atriale/flutter atriale** (pre CVE, ablazione)
- **Dissezione aortica** (dimostrazione del *flap* intimale e del doppio lume)
- **Valutazione preoperatoria delle valvole cardiache** (severità dell'insufficienza, meccanismo anatomico che ne è causa, lembo e segmento coinvolti)
- **Monitoraggio intraoperatorio/intraprocedurale** (impianto endoprotesi in aorta toracica, valvuloplastica mitralica, MitraClip, TAVI, chiusura auricola e PFO)

Complicanze ETE

Rischio di Intubazione esofagea	Rischio di sedazione conscia
Trauma dentale	ipotensione
Traumi o perforazione esofagea	Depressione respiratoria
Sanguinamento	Aritmie
Laringospasmo	Broncospasmo
Inalazione	
Dislocazione di device intratracheali soprattutto nella fase di rimozione della sonda	
Dislocazione di device esofagei	
Dolore o irritazione laringea	

Controindicazioni ETE

Controindicazioni assolute	Controindicazioni relative
Paziente non collaborante	Coagulopatia, trombocitopenia
Grave depressione respiratoria o instabilità cardiovascolare	Grave artrite. Cervicale o patologie della giunzione atlanto-assiale che compromettono motilità cervicale
Recenti interventi di chirurgia esofagea o GI	Pregressi interventi di chirurgia esofagea
Perforazioni, stenosi o masse esofagee	Diverticolosi o varici esofagee
Sanguinamento GI attivo	Recenti sanguinamenti del tratto GI
	Storia di disfagia
	Sindrome delle apnee notturne

Capitolo 3

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo di questo lavoro è la valutazione del beneficio nell'agire con la *comunicazione ipnotica* durante l'esecuzione dell'Ecocardiogramma Transesofageo (ETE) e in quale misura può aiutare i pazienti a vivere l'esame in modo più sereno, oltre che a verificare se è possibile sostituire la sedazione farmacologica, o ridurne la quantità, con questa modalità, mantenendo tuttavia una buona adesione terapeutica.

Altrettanto importante, la valutazione del gradimento del paziente nel ricevere questo tipo di assistenza.

Il setting in un ambulatorio di Ecocardiografia, così come nella sala di Emodinamica, è ricco di distrazioni visive e sonore, vi è un continuo avvicinarsi da parte del personale sanitario, gli spazi talvolta non sono adeguatamente ampi soprattutto quando occupati dalla strumentazione necessaria. Nonostante ci si impegni a ridurre tali distrazioni è impossibile eliminarle per questo è importante incorporarle via via nella suggestione come condizione di normalità, tranquillità e adeguatezza del contesto, così da rendere anche l'ambiente il più possibile confortevole.

Nella maggior parte dei casi l'ansia con cui si presenta il paziente è la principale motivazione a collaborare, e proprio la proposta di risolvere quello stato ansioso con una modalità di eseguire l'esame nuova e diversa, porta il paziente ad essere molto recettivo alle suggestioni di tranquillità, controllo del corpo e conseguente rilassamento.

Il primo contatto con il paziente, l'accoglienza, è fondamentale per poter cogliere tutte le caratteristiche di cui si dovrà tener conto per guidarlo durante l'esame; di norma dato il tipo di esame chiedo al paziente di focalizzare la sua attenzione sul respiro, invitandolo ad avere un ritmo più lento e consapevole, ciò gli permette di essere attento ai cambiamenti che si verificheranno dopo le mie suggestioni che sono rivolte ad ottenere rilassamento e benessere oltre che ad un maggiore autocontrollo.

La tecnica che utilizzo è adattata secondo il bisogno, le caratteristiche e le competenze del paziente, ogni induzione dello stato ipnotico è diversa dall'altra perché ogni paziente è diverso, così come sono differenti le capacità di ognuno nel realizzare più o meno totalmente l'analgesia.

Al di là della tecnica, si ottiene sempre l'effetto ricercato, e cioè, come minimo, offrire alla persona un miglior supporto assistenziale che, sempre, gli permette di vivere meglio l'esame.

Capitolo 4

MATERIALI E METODI

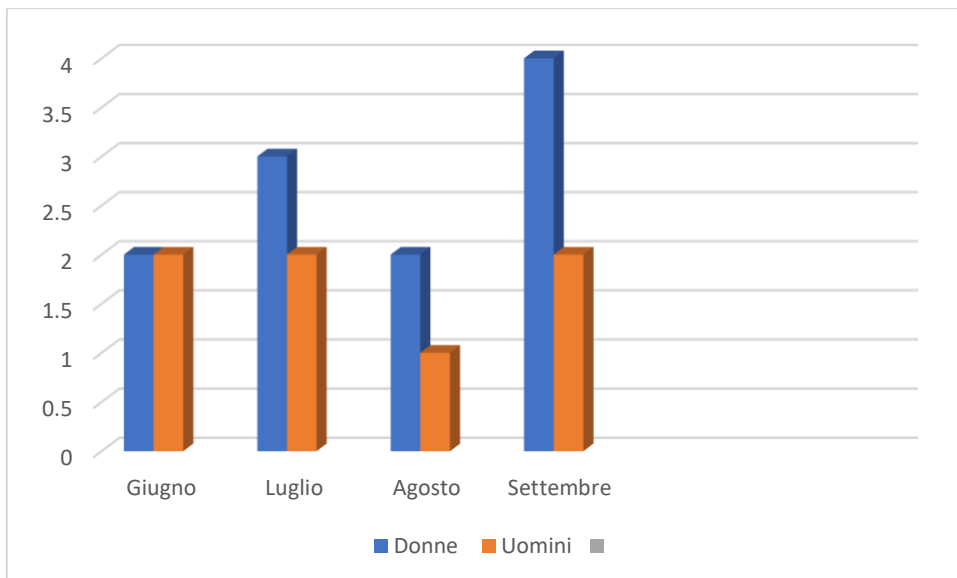
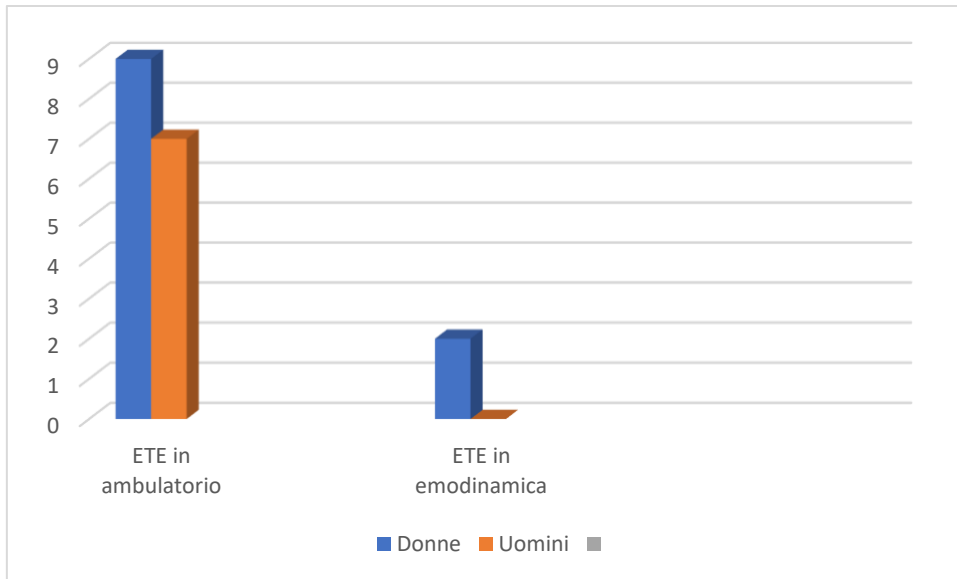
Da Giugno a Settembre 2021 sono stati sottoposti a esame ecocardiografico transesofageo utilizzando la comunicazione ipnotica (CI)

- 16 pazienti nell'ambulatorio di ecocardiografia del nostro centro
- 2 pazienti durante procedura di chiusura percutanea di pervietà del forame ovale (PFO) in sala di emodinamica

Sono stati registrati i parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno) prima, durante e dopo l'esame; veniva inoltre monitorata l'attività cardiaca mediante registrazione elettrocardiografica.

Tutti i pazienti presentavano età maggiore di 18 anni. Sono stati esclusi pazienti con anamnesi di patologia psicotica, o incapaci di comunicare a causa di involuzione cerebrale e demenza.

Ai pazienti è stato sottoposto un modulo per il consenso informato: sono stati edotti sulle caratteristiche e la modalità di esecuzione della procedura diagnostica e all'utilizzo della comunicazione ipnotica.



Capitolo 5

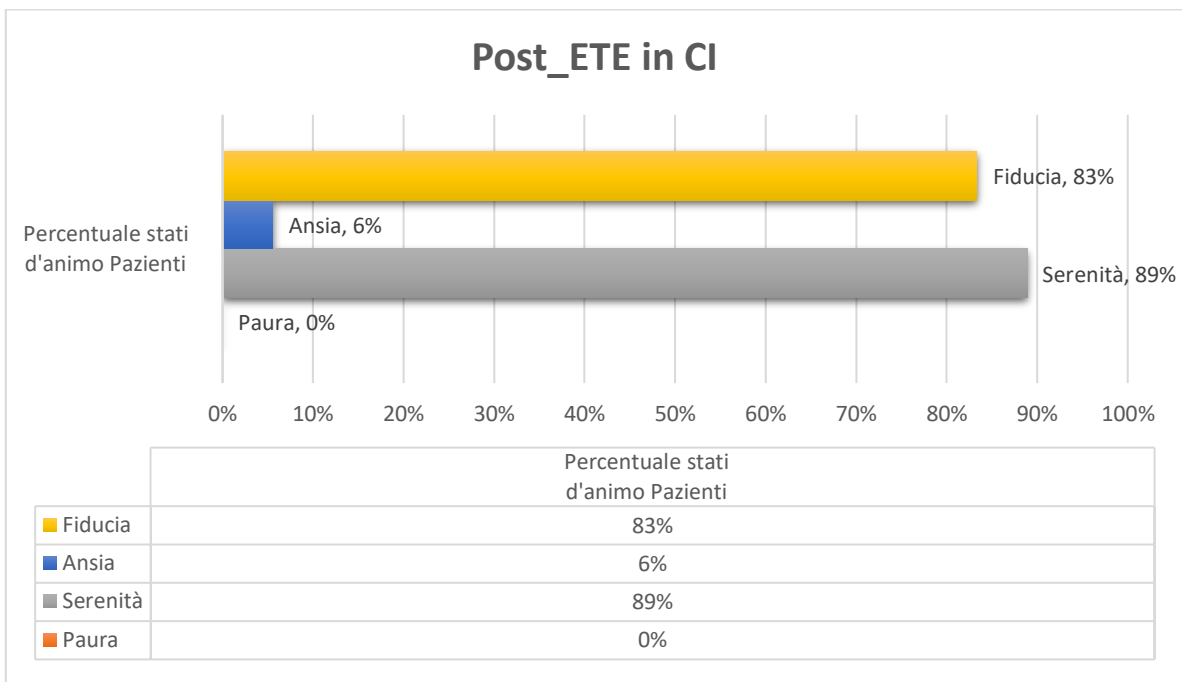
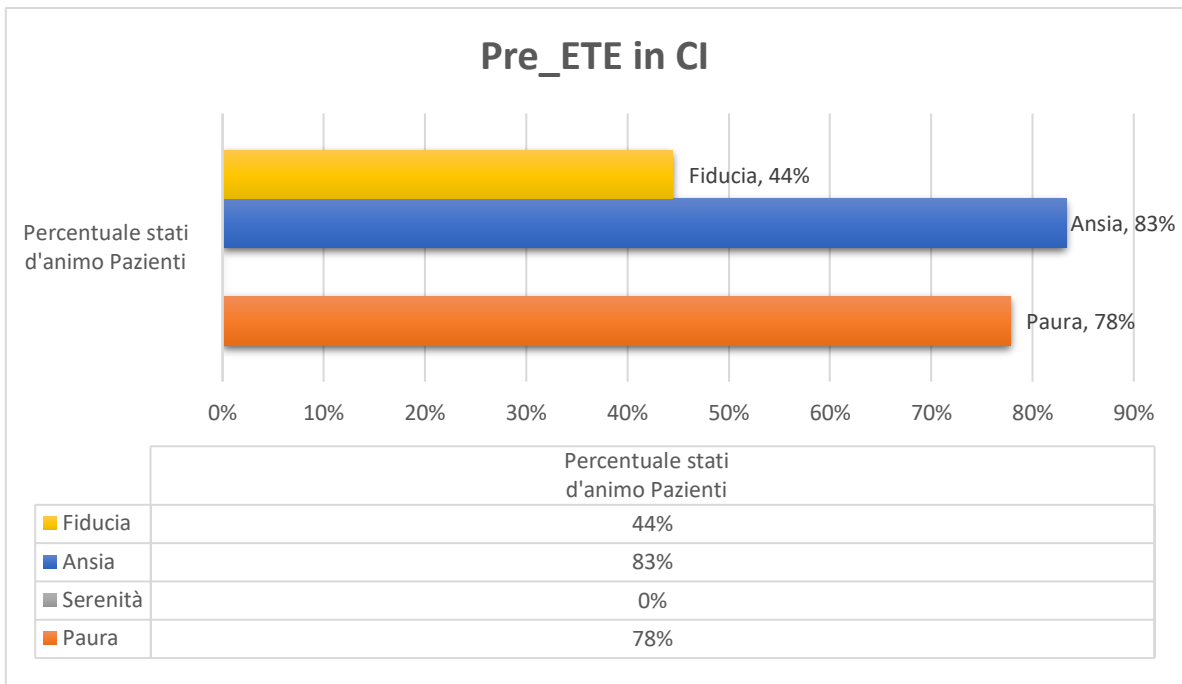
RISULTATI

Il ricorso all'ipnosi ha permesso di effettuare l'ETE senza ricorrere a farmaci sedativi con vantaggi sia per il paziente che per l'equipe sanitaria.

Terminato l'esame infatti il paziente non necessitava di assistenza né da parte del personale sanitario, né di alcun parente/accompagnatore, per cui poteva recarsi nuovamente presso il proprio domicilio o al luogo di lavoro (nei casi ambulatoriali) senza alcuna limitazione.

Nei due pazienti sottoposti a chiusura percutanea di PFO il post operatorio non ha presentato alcuna complicazione né ha richiesto particolare assistenza da parte del personale sanitario.

Si è riscontrata una riduzione significativa della condizione d'ansia al termine dell'esame, maggiore nei pazienti sottoposti a ETE in ipnosi rispetto ai pazienti in sedazione. La condizione di omogeneità riscontrata nel pre-esame tra i due gruppi relativamente allo stato d'ansia consente di interpretare la differenza riscontrata nel post-esame come dovuta allo stato di rilassamento ipnotico.



L'ipnosi ha un effetto positivo, sovrapponibile ai farmaci sedativi, sia nel ridurre le sensazioni fastidiose (difficoltà respiratorie, dolore e fastidio, nausea, conati), sia nel creare uno stato di benessere e tranquillità durante e dopo l'esame.

Sia i pazienti sottoposti a ETE in ambulatoriale così come durante la chiusura del PFO in sala di emodinamica, non hanno presentato alcuna difficoltà significativa durante la prima fase di introduzione della sonda transesofagea. In tale fase durante sedazione farmacologica si riscontra spesso intolleranza da parte del paziente fino a richiedere aumento del dosaggio del sedativo e talvolta sospensione dell'esame stesso. Inoltre in entrambi i gruppi, ambulatoriale ed interventistico, i pazienti sono rimasti immobili durante tutta la procedura.

In un paziente che aveva già eseguito due precedenti tentativi infruttuosi di ecocardiogramma transesofageo (rifiuto dello stesso ad eseguirlo senza sedazione), necessario per valutazione sospetta endocardite infettiva, interrotti per importante desaturazione nonostante supporto con O2 tp, è stato portato a termine senza alcuna complicazione l'ETE mediante ipnosi, con parametri vitali nei limiti della norma sia durante che dopo l'esame diagnostico.

Capitolo 5

CONCLUSIONI

Dall'analisi della mia esperienza, ho potuto constatare quanto la comunicazione ipnotica sia di valido aiuto nell'esecuzione dell'ecocardiogramma transesofageo, sia nei pazienti che eseguivano per la prima volta questa tipologia di esame, sia in pazienti che in precedenza erano stati sottoposti a tale esame o simili quali la gastroscopia, con esperienze negative.

Questa tecnica si è dimostrata efficace nell'ambito ambulatoriale tanto quanto in ambito interventistico cardiologico.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica ha sicuramente modificato il mio modo di relazionarmi con i pazienti, offrendomi uno strumento in più per supportarli nel momento del bisogno, confermando come sia a livello psichico che fisico il paziente possa trarne beneficio.

Pertanto nello specifico si può affermare che l'esecuzione di un'ETE sotto ipnosi permette di migliorare la compliance ed il vissuto emotivo del paziente rendendo più tranquillo l'esame e le fasi successive allo stesso.

Alla luce di questi risultati, confrontati con risultati analoghi riportati in letteratura, l'importanza di questa esperienza non sta tanto nell'originalità dell'idea, quanto nella realizzazione di un lungo percorso che ha consentito di iniziare a portare all'istituzionalizzazione dell'ipnosi all'interno di un reparto ospedaliero.

La possibilità di rendere ufficiale in un contesto pubblico una metodica ancora forse troppo di "nicchia" costituisce infatti una grande opportunità per migliorare la modalità di cura e assistenza del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Casiglia, E. (2015). Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Padova: CLEUP.
- Casiglia, E., & Montesana, L. (2018). Instrumental Demonstration of Hypnotic Flaccid.
- Franco Granone. Trattato di ipnosi. Utet 1989.
- Casiglia, E. (2011). Decision, Volition and Free Will. Padova: Libreria Padovana Editrice. Casiglia, E. (2012). Why Is It So Easy to Hypnotize? Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy, 29, 309-314.
- Casiglia, E., & Rossi, A. M. (2008). Theory and Practice of Hypnosis. Padova: Libreria Padovana Editrice.
- Casiglia, E., & Tikhonoff, V. (2015). Aumento delle prestazioni psichiche. In E. Casiglia (Ed.), Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza (pp. 617-621). Padova: CLEUP.
- Casiglia, E., Albertini, F., Tikhonoff, V., Gasparotti, F., Favaro, J., Finatti, F., Rempelou, P. et al. (2018a).
- Casiglia, E., Facco, E., & Rossi, A. M. (2010a). The Worlds of Consciousness. Padova: Libreria Padovana Editrice.
- Casiglia, E., Finatti, F., Gasparotti, F., Stabile, M. R., Mitolo, M., Albertini, F., Lapenta, A.
- Casiglia, E., Rempelou, P., Tikhonoff, V., Giacomello, M., Finatti, F., Albertini, F., Favaro, J. et al. (2016a). Hypnotic Focused Analgesia Obtained through Body Dysmorphism Prevents both Pain and Its Cardiovascular Effects. Sleep and Hypnosis, 19, 89-95.
- Casiglia, E., Rempelou, P., Tikhonoff, V., Guidotti, F., Pergher, V., Giordano, N., Testoni, I. et al. (2015). Hypnotic General Anesthesia vs. Focused Analgesia in Preventing Pain and Its Cardiovascular Effects. Athens Journal of Health, 3, 145-158.

Casiglia, E., Rossi, A., Mazza, A., Cavattoni, G., Colangeli, G., Ginocchio, G., Di Menza, G. et al. (1994). Hypnosis as a Tool for Evaluating the Cortical Component of Haemodynamic Variations. Pilot Study during Blood Letting. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 3, 8.

Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Haxhi Nasto, H., Azzi, M., Rempelou, P., Giacomello, M. et al. (2007). Hypnosis Prevents the Cardiovascular Response to Cold Pressor Test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49, 255-266.

E. Casiglia et al. Casiglia, E., Schiff, S., Tikhonoff, V., Schiavon, L., Bascelli, A., Haxhi Nasto, H., Facco, E. et al. (2010b). Neurophysiological Correlates of Post-Hypnotic Alexia. A Controlled Study with Stroop Test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52, 219-234.

Casiglia, E., Tikhonoff, V., & Facco, E. (2016b). The Unconscious Experimentally Demonstrated by Means of Hypnosis. *Psychology*, 7, 469-479.

Casiglia, E., Tikhonoff, V., Albertini, F., Lapenta, A. M., Gasparotti, F., Finatti, F., Rossi, A. M. et al. (2018c). The Mysterious Hypnotic Analgesia: Experimental Evidences. *Psychology*, 9, 1935-1956.

Casiglia, E., Tikhonoff, V., Giordano, N., Andreatta, E., Regaldo, G., Tosello, M. T., Rossi

Casiglia, E., Tikhonoff, V., Giordano, N., Regaldo, G., Facco, E., Marchetti, P., Schiff, S. et al. (2012b). Relaxation versus Fractionation as Hypnotic Deepening: Do They Differ in Physiological Changes? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60, 338-355.

De Pascalis, V., Russo, P., & Marucci, F. S. (2000). Italian Norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 44-55.

Bandler R, Grinder J. Ipnosi e trasformazione. Roma: Astrolabio; 1983. 17.

Bandler R, Grinder J. I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson. Roma: Astrolabio; 1984

Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. Tecniche di suggestione ipnotica. Roma: Astrolabio; 1979. 21.

Conlong P, Rees W. The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. Postgrad Med J 1999;75:223-36. 36.

De Benedittis G, Cigada M, Bianchi A. Autonomic changes during hypnosis: a heart rate variability power spectrum analysis as a marker of sympatho-vagal balance. Int J Clin Exp Hypn 1994;42:140-52. 37.

Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Pain 1997;73:361-7. 38.

Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacologic analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. Lancet 2000;355:1486-9

Hahn RT, Abraham T, Adams MS, et al. Guidekunes for performing a comprehensive transesophageal echocardiographic examination: recommendations from the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. J Am Soc Echocardiogr 2013; 26: 921-64.

www.siecvl.it/Formazione/Accreditamento.IO_01PT7.5ACC rev.2017

15.ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011. Appropriate use criteria for echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 2011;24:229-67.

Mayo PH , Narasimhan M, Koenig S. Critical care transesophageal echocardiography. Chest 2015; 148 (5): 1323-32.

